



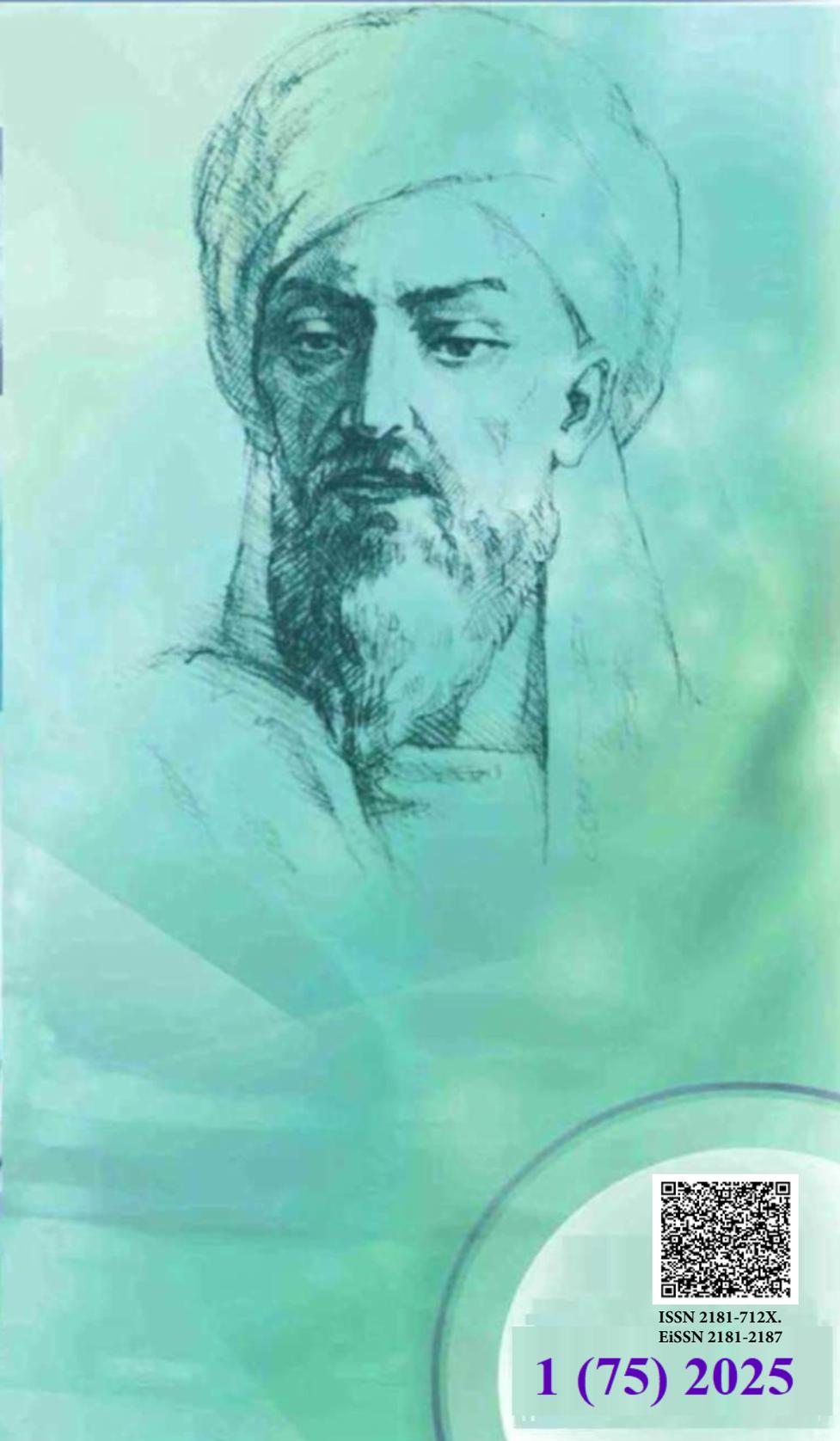
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (75) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (75)

2025

январь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received 20.12.2024, Accepted: 03.01.2025, Published: 10.01.2025

UDK 616.12-008.313-036

KARDIORENAL SINDROMINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI
(Adabiyotlar sharhi)

¹Sobirova Shahnoza Sur'atovna <https://orcid.org/0009-0005-9899-5388>

²To'laboyeva Gavhar Mirakbarovna <https://orcid.org/0009-0002-1070-6405>

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi

✓ **Rezyume**

Maqolada gipertoniyaning va SYuE ning davolash strategiyalari, buyrak kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarda, yuqori malakali integratsiyalashgan yondashuvni talab qilishi kerakli isbot etilgan dallilar bilan asoslanib berilgan. Buyrak gipoperfuziyasi gipertoniyaning yoki SYuE ning ilk belgisi bo'lishi mumkinligi ko'rsatib berilgan va patogenetik davolash usullari yurak-qon tomir va buyrak tomonidan asoratlarni oldini olishda katta ahamiyat kasb etadi.

Kalitli so'zlar. Yurak ishemik kasalligi, surunkali buyrak kasalligi, miokard infarkti, bo'lmachalar fibrillyatsiyasi.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА

(Литературный обзор)

Ш.С. Собирова <https://orcid.org/0009-0005-9899-5388>

Г.М. Тулабоева <https://orcid.org/0009-0002-1070-6405>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

В статье представлены обоснованные доказательства, подтверждающие необходимость высококвалифицированного интегрированного подхода в стратегиях лечения гипертонии и хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с почечной патологией. Показано, что гипоперфузия почек может быть одним из ранних признаков гипертонии или ХСН. Патогенетические методы лечения имеют большое значение для предотвращения сердечно-сосудистых и почечных осложнений.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хроническая болезнь почек, инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий.

FEATURES OF CARDIORENAL SYNDROME

(Literature Review)

Sh.S. Sobirova <https://orcid.org/0009-0005-9899-5388>

G.M. Tulaboeva <https://orcid.org/0009-0002-1070-6405>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

The article provides evidence-based arguments highlighting the necessity of a highly qualified integrated approach to the treatment strategies for hypertension and chronic heart failure (CHF) in patients with kidney pathology. It is demonstrated that renal hypoperfusion may be an early marker of hypertension or CHF. Pathogenetic treatment methods play a significant role in preventing cardiovascular and renal complications.

Keywords: ischemic heart disease, chronic kidney disease, myocardial infarction, atrial fibrillation.

Dolzarbli

Yurak va buyrak patologiyalari ko'pincha umumiy rivojlanish mexanizmlariga ega bo'lib, shu sababli bir organing funksiyasi buzilishi ikkinchisining zararlanishiga olib keladi. Bunday o'zaro bog'liq holat, boshlang'ich zararlanish organiga qarab, kardiorenal yoki renokardial sindrom deb ataladi. Surunkali buyrak kasalligi (SBK) — bu surunkali yurak yetishmovchiligida (SYuE) uchraydigan keng tarqalgan hamroh kasallik bo'lib, u yashab qolish darajasini pasayishi bilan bog'liq.

Shu bilan birga, yurak-qon tomir asoratlari SBK bo'lgan bemorlarda o'limning asosiy sababi hisoblanadi [1,2]. Demak, ushbu patologiyalarning birining mavjudligi ikkinchisining rivojlanishini tezlashtiradi, ularning birgalikda uchrashi esa prognozni jiddiy ravishda yomonlashtiradi.

SYuE bo'lgan bemorlarda SBKni o'z vaqtida aniqlash muhim, chunki bu prognozni yaxshiroq baholash, davolash strategiyalarini ishlab chiqish va yurak-qon tomir hamda buyrak tomonidan kelib chiqadigan asoratlarni oldini olishga yordam beradi [3,4]. SBKning mavjudligi SYuE bemorlarida xavfni stratifikatsiya qilish uchun foydalanilishi mumkin. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, r koptokchalar filtratsiyasi tezligi (KFT) pasayishi o'lim darajasining oshishiga olib keladi, bu yosh, funksional sinf (FS), SYuE davomiyligi, gemoglobin darajasi va qandli diabetning mavjudligi yoki yo'qligiga bog'liq emas [4]. rKFT pasayishi va o'lim darajasi o'rtasidagi bog'liqlik klinik xususiyatlarga, yurak patologiyasining og'irligiga va terapiyaga moslashtirishdan so'ng ham saqlanadi. rKFT ≥ 90 ml/min/1,73 m² ga nisbatan, 60–89 ml/min/1,73 m² darajaga pasayishda nisbiy xavf (NX) 0,86 ni tashkil etgan, rKFT 30–59 ml/min/1,73 m² darajasida — 1,13, rKFT 15–29 ml/min/1,73 m² darajasida — 1,85, va rKFT <15 ml/min/1,73 m² darajasida — 2,96 ni tashkil etgan.

CHARM (Candesartan in Heart failure — Assessment of Reduction in Mortality and morbidity) dasturida uchta mustaqil tadqiqot o'tkazilgan: CHARM Alternative, CHARM Added va CHARM Preserved [5].

Tadqiqotga SYuE va kreatinin darajasi <3,0 mg/dl bo'lgan bemorlar kiritilgan. Qatnashchilarning 36%ida rSKF 60 ml/min/1,73 m² dan past bo'lgan. CHARM Alternative'da FVLJ <40% va APF ingibitorlariga toqatsizlik bo'lgan bemorlar, CHARM Added'da chap qorincha otish fraksiyasi <40% va APF ingibitorlari terapiyasida bo'lgan bemorlar, CHARM Preserved'da esa chap qorincha otish fraksiyasi >40% va APF ingibitorlari olmagan bemorlar kiritilgan. Barcha bemorlar standart terapiyaga qo'shimcha ravishda kandesartan yoki plasebo olgan. 34,4 oy davomida kuzatuv davrida (6493 kishiyil) birinchi natija (yurak-qon tomir kasalliklaridan o'lim yoki SYuE dekompensatsiyasi sababli shifoxonaga yotqizish) 950 nafar bemorda qayd etilgan. rKFT va chap qorincha otish fraksiyasi past darajada bo'lishi muhim mustaqil salbiy natijalarning prediktorlari ekani aniqlangan. Chap qorincha otish fraksiyasi saqlangan SYuE da asoratlarni kamaytirishga yo'naltirilgan samarali davolash usullari hozircha mavjud emas.

Biroq, chap qorincha otish fraksiyasi past bo'lgan SYuE uchun APF ingibitorlari, ARB (angiotenzin II retseptorlari blokatorlari), β -adrenoblokatorlar va AMKA (mineralokortikoid retseptor antagonistlari) samaradorligi isbotlangan. MERIT-HF va CIBIS-II tadqiqotlarida rKFT <60 ml/min/1,73 m² bo'lgan bemorlarda β -adrenoblokatorlar SBKga salbiy ta'sir ko'rsatmasdan foyda bergan [7,8].

SYuE da RAAT blokatorlarining keng qo'llanilishi muhim, chunki ular nefroprotektiv xususiyatga ega va proteinuriyani hamda yallig'lanishni kamaytirib, yashab qolish darajasini yaxshilaydi. Bir tadqiqotda SBKga chalingan 141 413 bemorda APF i/ARB qo'llash o'lim xavfini pasaytirgani aniqlangan (NX 0,81, $r < 0,001$) [10].

Tadqiqotlar gipertoniya bo'lgan bemorlarda buyrak qon oqimi normal arterial bosimga ega shaxslarga nisbatan sezilarli darajada pastligini ko'rsatgan [6,8]. Yosh o'tishi bilan bu ko'rsatkich gipertoniya bo'lgan bemorlarda tezroq pasayadi [9,10].

Buyrak gipoperfuziyasi gipertoniyaning ilk belgisi yoki hatto uning sabablaridan biri bo'lishi mumkin, degan taxminlar mavjud. Ammo, bu gipoteza gipertoniya moyillik yoki gipertoniya bo'lgan yosh bemorlarning tadqiqot natijalariga zid keladi, chunki bunday bemorlarda past qon oqimi emas, balki kuchaytirilgan qon oqimi qayd etilgan [12].

Bu gipertoniyaning ilk bosqichlarida buyrak tomirlarining «kuchaytirilgan» vazodilatatsiyasi kuzatiladigan bemorlar guruhi mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Qiziqarli jihati shundaki, bir tomonlama renal arteriya stenozi bo'lgan bemorlarda, qarshisidagi buyrakda qon oqimi odatdagidan yuqori darajada kuzatilgan, bu hatto yosh va arterial bosim darajasini hisobga olgan holda ham anomaliya hisoblanadi [10,12]. Bugungi kunda, essensial yoki renovaskulyar gipertoniya bo'lgan bemorlarda vazokonstriksiya va ishemiya bilan birga vazodilatatsiya va giperemiya kabi geterogenlik

mavjudligi ayrim bemorlar guruhlarining borligidan dalolat beradi yoki yo'qligini tasdiqlaydigan aniq ma'lumotlar etarli emas.

Uzoq muddatli kuzatuvlarda gipertoniyaning boshlang'ich bosqichida buyrak qon oqimi pasaya boshlashi aniqlangan. Shu bilan birga, glomerulyar filtrasiya tezligi (GFT) muayyan darajada normal bo'lib qoladi. Ammo, buyrak qon oqimi 300 ml/min/m² darajadan past bo'lganda, filtrasiya tezligi pasaya boshlaydi, ammo bu pasayish qon oqimining pasayishidan pastroq darajada bo'ladi [11].

Gipertoniyani davolashning maqsadi faqat qon bosimini pasaytirish emas, balki buyrak qon oqimini barqarorlashtirishdan iborat bo'lishi kerak. Bu ayniqsa, arterial gipertoniya fonida buyrak patologiyasi mavjud bo'lgan bemorlar uchun dolzarb hisoblanadi. Aksariyat tadqiqotlar ko'rsatdiki, tiazid diuretiklari, β -blokatorlar, kalsiy kanallari blokatorlari va renin-angiotenzin tizimi ingibitorlari buyrak gemodinamikasi va proteinuriyaga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Ular qon bosimini barqarorlashtirishda va yurak-qon tomir asoratlarning oldini olishda foydalidir.

Biroq, katta tadqiqotlardagi ma'lumotlar turli bemorlar guruhlarida davolashning samarasini baholashda etakchi ahamiyatga ega bo'lgan klinik omillarning turiligi tufayli biroz murakkablik tug'diradi.

Xulosa

Gipertoniyaning va SYuE ning davolash strategiyalari, ayniqsa buyrak kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarda, yuqori malakali integrasiyalashgan yondashuvni talab qiladi. Buyrak gipoperfuziyasi gipertoniyaning yoki SYuE ning ilk belgisi bo'lishi mumkinligi sababli, erta diagnostika va terapiya yurak-qon tomir va buyrak asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. //Kidney Int Suppl. 2013;3:1-150.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. //Kidney Int Suppl. 2012;2:337-414.
3. Major R.W., Cheng M.R.I., Grant R.A. et al. Cardiovascular disease risk factors in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. //PLoS One. 2018;13(3):e0192895. DOI: 10.1371/journal.pone.0192895.
4. Löfman I., Szummer K., Hagerman I. et al. Prevalence and prognostic impact of kidney disease on heart failure patients. //Open Heart. 2016;3:e000324. DOI: 10.1136/openhrt-2015-000324.
5. Hillege H.L., Nitsch D., Pfeffer M.A. et al. Renal function as a predictor of outcome in a broad spectrum of patients with heart failure. //Circulation. 2006;113:671-678. DOI: 10.1161/Circulationaha.105.580506.
6. Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H. et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. //Ann Intern Med. 2009;150(9):604-612. DOI: 10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006.
7. Ghali J.K., Wikstrand J., van Veldhuisen D.J. et al. The influence of renal function on clinical outcome and response to beta-blockade in systolic heart failure: insights from Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Chronic HF (MERIT-HF). //J Card Fail. 2009;15:310-318. DOI: 10.1016/j.cardfail.2008.11.003.
8. CIBIS-II Investigators. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBISII): a randomised trial. //Lancet. 1999;353:9-13. PMID: 10023943.
9. Damman K., Tang W.H., Felker G.M. et al. Current evidence on treatment of patients with chronic systolic heart failure and renal insufficiency: practical considerations from published data. //J Am Coll Cardiol. 2014;63:853-871. DOI: 10.1016/j.jacc.2012.07.048.
10. Molnar M., Kalantar-Zadeh K., Lott E. et al. Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor, Angiotensin Receptor Blocker Use, and Mortality in Patients With Chronic Kidney Disease. //Am Coll Cardiol. 2014;63:650-658. DOI: 10.1016/j.jacc.2013.10.050.
11. Sica D.A., Gehr T.W.B., Kelleher N., Blumenthal M. Fosinopril: Emerging Considerations and Implications for Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor Therapy. //Cardiovascular Drug Reviews. 1998;(16)4:319-345.
12. Erhardt L., MacLean A., Ilgenfritz J. et al. Fosinopril attenuates clinical deterioration and improves exercise tolerance in patients with heart failure. Fosinopril Efficacy/Safety Trial (FEST) Study Group. //Eur Heart J. 1995;16(12):1892-1899. DOI: 10.1093/oxfordjournals.eurheartj.a060844.

Qabul qilingan sana 20.12.2024